

Limitatio:

En association avec Exviera [respectivement Viekirax] ou avec Exviera [respectivement Viekirax] et la ribavirine dans le traitement des adultes atteints d'hépatite C chronique (HCC) de génotype 1 qui remplissent l'un des critères suivants:

- fibrose hépatique de degré 2, 3 ou 4 prouvée par biopsie (score Métavir) ou rigidité accrue du foie de ≥ 7.5 kPa mesurée deux fois à intervalle d'au moins 3 mois au moyen de Fibroscan.
- patients symptomatiques présentant une manifestation extrahépatique de l'hépatite C indépendamment des lésions hépatiques.

La durée maximale de remboursement sera limitée comme suit:

- Patients avec une infection par le VHC de génotype 1b, sans cirrhose: 12 semaines
- Patients avec une infection par le VHC de génotype 1a, sans cirrhose: 12 semaines
- Patients avec une infection par le VHC de génotype 1, avec cirrhose: 12 semaines
- Patients infectés par le VHC de génotype 1a, avec cirrhose, déjà traités précédemment et n'ayant pas atteint de réponse sous interféron et ribavirine (répondeurs nuls): 24 semaines.

La prescription doit se faire exclusivement par des spécialistes en gastro-entérologie, en particulier les détenteurs du titre hépatologue ou par des spécialistes en infectiologie ainsi que par des médecins sélectionnés expérimentés en toxicomanie et dans le traitement de l'HCC. La liste correspondante des médecins expérimentés en toxicomanie et dans le traitement de l'HCC est consultable à l'adresse suivante: <http://www.bag.admin.ch/is-ref>.

Données du patient:

Nom:

Prénom:

né le:

sexe:

☐ ♀ ☐ ♂

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

Assurance:

N° d'assurance:

Adresse Assureur (service de médecin-conseil ou MC):

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

☐

Il s'agit d'un patient (patiente) présentant une infection VHC chronique de génotype 1:

Le/la patient(e) présente-t-il/elle un score de fibrose $\geq$ F2 (score Metavir) ou un fibroscan $\geq$ 7.5 kPa? ☐ Oui ☐ Non

Le/la patient(e) présente-t-il/elle une manifestation extrahépatique? ☐ Oui ☐ Non

Le/la patient(e) a-t-il/elle déjà prétraité(e) pour une infection de génotype 1a avec cirrhose sans réponse à un traitement préalable par Interféron et Ribavirine (répondeur nul)? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel:

☐

Le/la patient(e) est sur une liste d'attente pour une transplantation ou déjà transplanté hépatique. Procédure planifiée:

☐

Le/la patient(e) présente-t-il/elle une cirrhose décompensée. Procédure planifiée:

Remarques/Complément d'information:

Médecin formulant la demande:

Nom:

Prénom:

Rue:

Complément d'adresse:

NPA:

Lieu:

-

Tél.:

Fax:

E-Mail:

Exerçant à l'hôpital ajoutez le nom de l'hôpital:

Département:

Date:.....

Timbre et signature:.....